UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955. — N° 103

DÉTAILS OPÉRATOIRES DE LA THYROÏDECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 26 juillet 1955.

PAR

Anne-Marie SABATIER née SANSOUBE

Diplômée de Médecine du Travail
Chirurgien Dentiste

Née à BORDEAUX (Gironde), le 6 avril 1929

Examinateurs de la Thèse :

MM. MASSÉ, *Professeur* ..... *Président.*
DUFOUR, *Professeur* .....
VILLAR, *Agrégé* ..... *Juges.*
TINGAUD, *Agrégé* .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547324_0045

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1955. — N° 103

DÉTAILS OPÉRATOIRES

DE

LA THYROÏDECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mardi 26 juillet 1955.

PAR

Anne-Marie SABATIER née SANSOUBE

Diplômée de Médecine du Travail
Chirurgien Dentiste

Née à BORDEAUX (Gironde), le 6 avril 1929

Examinateurs de la Thèse

MM. MASSÉ, *Professeur* ..... *Président.*
DUFOUR, *Professeur* .....
VILLAR, *Agrégé* ..... *Juges.*
TINGAUD, *Agrégé* .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1955

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE.

DOYEN : M. PORTMANN. — ASSESSEUR : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, CHARRIER, DUBREUIL, ORLCHET, PERRENS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX.	Pathologie générale et expérim...	SARIC.
id.	BROUSTET.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	POUYANNE.
Clinique chirurgicale	MASSÉ.	Clin. médic. et des malad. infect.	AUBERTIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie	DUFOUR.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Anatomie générale et histologie.	MAYER.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et du Travail.	DERVILLÉE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Chimie	MESNARD.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie	VITTE.	Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC.
Physiologie	FABRE.	Hydrologie thérapeut. et climat.	DUBARRY.
Clin. méd. des maladies des enf.	FONTAN.		
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

M. BLANQUET (Section Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie).

Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Anatomie pathologique	LEGER.	Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Anatomie	RIGAUD.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Biochimie médicale	NEUZIL.	Pharmacie (3e Section)	QUILICHINI.
Pathologie expérimentale	FAURE.		CAZAUX.

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.		MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN. LENG-LÉVY. MORETTI. LAVIGNOLLE.	Obstétrique	CHASTRUSSE. FAUGÈRE.
		Ophtalmologie	BESSIÈRE.
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Chirurgie générale	LAUMONIER. CHAVANNAZ. VILLAR. TINGAUD. DEPAULIS.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
		Méd. légale et méd. du Travail.	L'ÉPÉE.
		Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
		Odonto-stomatologie	BENOIT.
		Urologie	LANGE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.	Organographie et Physiol. végét.	TEMPERE.
Accouchements	CHASTRUSSE.	Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Puériculture	VERGER.	Chimie analytique	BABIN.
id.	PERY.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER. VILLAR.
Législation pharmaceutique	COUSTOU.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Anatomie	CABANIÉ.	Physiologie	BENELLI.
Cryptogamie	LAUBIE.	Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU.
Obstétricie sociale	MAHON.		

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE — A MON PERE

A MA SOEUR

A MON MARI

A MES BEAUX-PARENTS

A MA BELLE-SOEUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES :

Monsieur le Docteur TINGAUD

Agrégé de Chirurgie générale,
Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur J. VILLAR

Agrégé de Chirurgie générale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

Qui m'a inspiré ce travail.

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour ses conseils éclairés et l'accueil bienveillant qu'il m'a toujours réservé.

Monsieur le Professeur R. DUFOUR

Professeur d'Anatomie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Chevalier du Mérite maritime.

En témoignage de gratitude pour l'accueil qu'il m'a réservé dans son Service.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. MASSÉ

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Directeur du Centre régional de Transfusion sanguine,
Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Membre du Comité français de l'Association internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre de la Santé publique,
Officier de l'Instruction publique.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.-

Je le prie de trouver ici mes plus vifs remerciements et l'expression de toute ma reconnaissance.

DÉTAILS OPÉRATOIRES

DE

LA THYROÏDECTOMIE

INTRODUCTION

« L'opération du goitre est de celles que nombre de chirurgiens abordent avec une certaine appréhension. »

C'est par ces mots que de Quervain commençait son ouvrage sur le goitre en 1923.

Mais, au cours de ces dernières années, la chirurgie thyroïdienne a fait d'énormes progrès. Cela grâce aux procédés nouveaux d'anesthésie et aux modifications de la technique opératoire.

La mortalité, très élevée il y a quelque trente ans, est actuellement tombée à moins de 1 p. 100, d'après les statistiques.

Pendant les mois qui viennent de s'écouler, nous avons suivi M. le Professeur J. Villar, et, avec son aide bienveillante, nous avons étudié les détails de technique opératoire qu'il a mis au point personnellement pour les thyroïdectomies.

Il s'agit toujours de thyroïdectomies subtotales avec résec-

tion glandulaire plus ou moins étendue suivant l'âge et l'état de l'opéré.

Le Professeur J. Villar possède à l'heure actuelle une grande expérience de ce genre d'intervention, puisqu'il a effectué près de 400 exérèses de goitres avec des résultats d'une qualité incontestable.

Nous allons donc essayer, dans cette thèse, d'exposer point par point la technique d'une thyroïdectomie telle que nous l'avons vue pratiquer par le Professeur J. Villar.

Tout d'abord nous décrirons l'anesthésie, puis ensuite l'acte opératoire proprement dit.

L'ANESTHESIE

Depuis Kocher et Schleich, pendant de longues années, seule l'anesthésie locale par infiltration de novocaïne a été utilisée dans la chirurgie thyroïdienne.

On estimait qu'elle réduisait le choc opératoire, supprimait les vomissements postopératoires et qu'elle permettait, pendant toute la durée de l'opération, le contrôle des nerfs récurrents.

Le Professeur J. Villard a pratiqué cette anesthésie locale jusqu'en 1947.

Cette année-là, ayant assisté au Congrès international de chirurgie à Londres, il a pu constater que les chirurgiens anglais opéraient avec succès leurs thyroïdectomies sous anesthésie générale en circuit fermé.

Depuis cette date, le Professeur J. Villar a abandonné complètement l'anesthésie locale pour l'exérèse de ses goitres.

Il estime que cette anesthésie provoque un choc émotif violent chez un malade nerveux du fait de sa thyréose.

De plus, il est très désagréable, pour le patient, de garder longtemps la position imposée par la thyroïdectomie, de suivre par l'ouïe le déroulement de l'intervention et d'avoir la sensation pénible de tous les tiraillements que lui inflige le chirurgien, en particulier ceux de la trachée.

Cependant, l'anesthésie locale est suffisante si l'on pratique une infiltration cutanée avec une solution de novocaïne à 0,50 p. 100, si l'on noie ensuite les plans sous-jacents avec une solution à 1 p. 200. De plus, il est nécessaire de disséquer les pédicules au tampon imbibé de novocaïne à 1 p. 100.

Il est à noter que le cou est insensible sitôt la peau franchie.

Quoi qu'il en soit, l'anesthésie générale sous circuit fermé est à préconiser.

Elle doit être simple, sans déconnexion, sans hibernation, sans cocktail lytique.

On ne doit jamais oublier que l'on est en face de malades en plein déséquilibre, même hypophysaire.

Ils ont un système nerveux végétatif hyperexcitable; la déconnexion leur est dangereuse. Au contraire, une anesthésie en circuit fermé banale, avec une préparation banale, suffit amplement.

La veille au soir, on prescrira à ces malades deux comprimés de Phenergan.

Le jour de l'opération, on leur donnera :

— Deux heures avant l'opération : 10 centigrammes de Gardénal;

— Une heure avant l'opération : 1 ampoule de Phenergan-Dolosal;

— Une demi-heure avant l'opération : 1/2 milligramme d'Atropine.

On doit se rappeler que la chirurgie du corps thyroïde permet très bien l'emploi du masque et de ses lanières de caoutchouc, alors que celle des tumeurs carotidiennes ou parotidiennes exige l'intubation pour le confort de l'opérateur et de l'anesthésie.

Bien qu'inutile la plupart du temps, l'intubation devient nécessaire dans certains cas.

a) Elle est inévitable dans les cas de cancer thyroïdien plus ou moins adhérent à la trachée et s'acompagnant de paralysie récurrentielle d'un côté. Dans ces conditions, aussitôt après la fin de l'intervention, on doit procéder à une vérification des cordes vocales pour juger de l'état des deux récurrents. Si l'on constate que le deuxième récurrent est touché, il est évident que l'on doit faire une trachéotomie immédiate;

b) Il en est de même lors de l'ablation de très gros goitres anciens s'accompagnant de déformation laryngo-trachéale.

L'intubation devient indispensable quand existe un aplatissement en lame de sabre de la trachée avec trachéo-malacie.

Egalement lorsqu'il y a une déformation latérale du conduit trachéal.

Toutes ces déformations doivent être évaluées par une radiographie pré-opératoire et au besoin par une laryngoscopie.

Dans ces cas, l'ablation de la tumeur thyroïdienne s'accompagne d'un affaissement brutal de la trachée avec asphyxie et cyanose réclamant une trachéotomie extemporanée.

De plus, toutes les fois où l'on doute de l'intégrité, soit des nerfs récurrents, soit de la trachée, il faut faire désintuber le malade avant de suturer les plans superficiels et musculaires en particulier; cela en vue de vérifier l'hématose alors que l'on a encore la trachée sous les doigts.

Actuellement, les cas où l'intubation est absolument inévitable sont très rares. En effet, on ne voit plus les énormes goitres d'autrefois.

Cependant, le Professeur J. Villar a rencontré un cas de ces énormes tumeurs chez une jeune fille de 18 ans, porteuse d'un volumineux goitre simple opéré à l'hôpital Saint-André, en février 1955, salle 3.

Ce goitre avait grossi très vite, les deux lobes pesaient chacun respectivement 250 grammes et 270 grammes. En fin d'intervention, la trachée aplatie légèrement dans le sens transversal se déprimait à chaque inspiration, et la malade présentait un tirage et un cornage inquiétants, mais sans cyanose. Un coup de laryngoscope vérifie l'intégrité des deux nerfs récurrents. Dans ces conditions, on décida d'attendre, et, en vingt-quatre heures, la situation s'améliora très rapidement sans trachéotomie.

TECHNIQUE OPERATOIRE DE LA THYROIDECTOMIE

Le malade préparé convenablement est placé sur la table d'opération, la tête en hyperextension très légère.

Un coussin ou un billot est mis sous les vertèbres cervicales plutôt que sous les vertèbres cervico-dorsales, surtout dans le cas de grosses tumeurs thyroïdiennes; cela pour ne pas gêner l'expansion respiratoire.

On doit veiller à ce que les moignons des épaules soient bien abaissés, par traction sur les avant-bras, en les fixant à la table. On diminue ainsi de profondeur la région sus-claviculaire.

On anesthésie le malade, et l'acte chirurgical commence.

Après un nettoyage soigneux de toute la région, les champs opératoires sont mis en place et maintenus par des pinces.

I. — *Repérage cutané.*

A l'aide d'un crayon dermographique stérile ou bien avec la pointe du bistouri, le chirurgien trace trois petits traits verticaux sur la face antérieure du cou, au niveau de la ligne médiane et de part et d'autre de cette même ligne. Ces petits traits, de 2 à 3 centimètres de hauteur, se situent dans la zone de l'incision, qui les coupera transversalement.

Ils serviront de points de repère, ultérieurement, lors de la fermeture de la plaie au dernier temps chirurgical. En effet, il suffira de mettre bout à bout chacun des deux demi-traits correspondants pour reconstituer les traits initiaux.

Cette petite manœuvre donne l'assurance qu'il ne s'est produit aucun déplacement latéral des deux lèvres de la plaie, ce qui est un gage supplémentaire de cicatrice peu visible et esthétique.

II. — *Repérage de l'incision.*

Ces trois points de repère étant tracés, le chirurgien détermine la ligne de l'incision.

Pour cela, avec l'aide de son assistant, il tend fortement un catgut sur la face antérieure du cou, au niveau présumé de la future incision. Ce catgut coupe perpendiculairement les trois petites lignes de repère cutané. Lorsque le catgut est enlevé, il laisse pendant un court moment son empreinte sur la peau. C'est suivant ce dessin que l'incision est faite.

Elle siège à la partie basse du cou, à un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale; elle est en cravate, presque transversale. La cicatrice qu'elle provoque sera cachée dans les plis cutanés de la base du cou, et, de ce fait, quasiment invisible.

III. — *Incision et décollement de la peau.*

L'incision, plus ou moins étendue, est faite jusqu'à l'aponévrose cervicale superficielle; elle intéresse la peau, le panicule adipeux, le fascia superfialis et le muscle peaucier du cou.

Il est nécessaire de faire très attention latéralement si l'incision dépasse plus ou moins largement les bords antérieurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, car il est possible de blesser la veine jugulaire externe en décollant le tissu cellulo-adipeux recouvrant le muscle.

Dès l'incision, le chirurgien décolle toute la peau de la face antérieure du cou en dédollant avec le plat de la lame. Il faut remonter très haut, presque jusqu'à la partie supérieure du cartilage thyroïde. De même, latéralement, il faut dégager loin en dehors.

Ce très large décollement se fait à la fois avec le bistouri en dédollant ou en incisant quelques tractus, à la fois avec une compresse qui décolle le plus possible.

Pendant ce décollement, il y a deux petits ennuis à éviter :

— Le premier c'est d'ouvrir les plis cutanés que l'on rencontre en décollant;

— Le second c'est de faire la moindre moucheture aux veines superficielles sous-cutanées, ce qui entraînerait une hémostase plus difficile.

Au niveau de la lèvre inférieure de la plaie, le décollement doit être à peine marqué. On a intérêt, en effet, à laisser une cicatrice basse, et l'on doit éviter tout ce qui lui donnerait l'occasion de remonter.

Tout au long de ce premier temps, des ligatures, assurant l'hémostase de tout ce qui peut saigner, sont placées; aucune pince ne doit encombrer le champ opératoire.

On borde soigneusement la plaie avec deux grandes compresses péritonéales qui protègent la peau du cou, et l'on tasse deux compresses latéralement dans le décollement sous-cutané.

Au fond de la plaie, entre ses deux lèvres, on aperçoit l'aponévrose cervicale superficielle; c'est elle qui va être maintenant sectionnée.

IV. — *Incision de l'aponévrose cervicale superficielle.*

Cette aponévrose s'étend sur toute la région. Elle adhère en haut à l'os hyoïde, se fixe en bas sur le bord antérieur de la fourchette sternale. Elle se dédouble sur les côtés pour engainer les muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Les veines jugulaires antérieures la traversent à un niveau variable et cheminent, ensuite, dans son épaisseur.

Au bistouri, on fait une très large incision transversale de l'aponévrose cervicale superficielle, incision superficielle pour ne pas blesser les deux veines jugulaires antérieures dont on va faire l'hémostase.

Pour cela, sur chaque veine, sont placées deux pinces, puis deux ligatures, entre lesquelles on sectionne les veines.

On continue, ensuite, latéralement, l'incision transversale de l'aponévrose cervicale superficielle jusqu'au contact des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Ces deux muscles doivent être écartés latéralement; s'ils ne le sont pas, on ne peut pas avoir un jour suffisant entre eux deux. Mais il est impossible de récliner les muscles sterno-cléido-mastoïdiens tant qu'ils sont retenus à l'aponévrose cervicale superficielle par leur gaine, qui en est un dédoublement.

Il faut donc ouvrir cette gaine. On libère sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien l'aponévrose cervicale superficielle par une manœuvre rapide indispensable.

Une pince de Kocher, puis une deuxième, sont placées verticalement dans la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, le long de son bord antérieur. Avec des ciseaux, on incise la gaine entre les deux pinces sur une hauteur de 2 à 3 centimètres vers le haut. On place des ligatures, car au cours de cette manœuvre on sectionne, le plus souvent, une veinule. On fait la même chose de l'autre côté, ce qui taille un véritable lambeau supérieur de l'aponévrose cervicale superficielle facilement réclinable vers le haut. On obtient alors un jour extraordinaire, en particulier vers les pédicules thyroïdiens supérieurs, qui sont souvent très haut situés (fig. 1).

Un autre avantage de cette manœuvre, c'est que, quelle que soit la hauteur de ces pédicules thyroïdiens supérieurs, l'incision est toujours aussi basse, ce qui a une très grande valeur au point de vue esthétique.

V. — *Plan des muscles sous-hyoïdiens.*

Immédiatement en arrière de l'aponévrose cervicale superficielle, on trouve le plan des muscles sous-hyoïdiens.

Deux écarteurs de Farabœuf sont placés, l'un d'un côté, l'autre du côté opposé; ils tirent en dehors le bord du sterno-cléido-mastoïdien. On décolle ainsi largement entre le plan des sous-hyoïdiens engainés dans l'aponévrose cervicale moyenne et la face postérieure des sterno-cléido-mastoïdiens

de chaque côté. Très souvent, le plan des muscles sous-hyoïdiens se subdivise en deux couches superposées.

La première, la plus superficielle, est formée par les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. La deuxième, profonde, correspond aux muscles thyro-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens. Cette dernière couche est en rapport direct avec la glande thyroïde : la gaine aponévrotique de la thyroïde étant constituée en avant par la lame profonde de l'aponévrose cervicale moyenne qui entoure les muscles sterno-hyoïdiens.

La section des muscles sous-hyoïdiens s'effectuera souvent, donc, en deux temps.

a) On fait une incision sur la ligne médiane entre les deux muscles sterno-cléido-hyoïdiens; cette incision se fait au bistouri ou à la sonde de Kocher; on la poursuit jusqu'à ce que l'on tombe sur la glande thyroïde. Il ne faut cependant pas aller trop profond du premier coup.

On passe alors par cette incision une sonde transversalement dirigée de la ligne médiane vers la droite et chargeant les muscles sous-hyoïdiens. Puis au bistouri électrique on sectionne lentement ces muscles, et l'on fait l'hémostase de la tranche musculaire si quelque artériole saignotte (fig. 2).

On agit de même de l'autre côté : passage de la sonde, section, hémostase.

b) La plupart du temps, il reste, contre la glande, les fibres profondes de la deuxième couche musculaire adhérentes par leur gaine. La sonde passe très délicatement pour les décoller entre la face antérieure de la thyroïde et la face postérieure des muscles profonds. On achève la dissociation et on arrive au niveau et au contact de la thyroïde.

Il faut faire très attention aux veines thyroïdiennes, qui sont excessivement fragiles; ces veines formant sur toute la surface de la glande un riche réseau veineux.

A ce moment, le lobe thyroïdien est exposé. Il y a avantage à exposer tout de suite les deux lobes pour plusieurs raisons :

Fig. 1

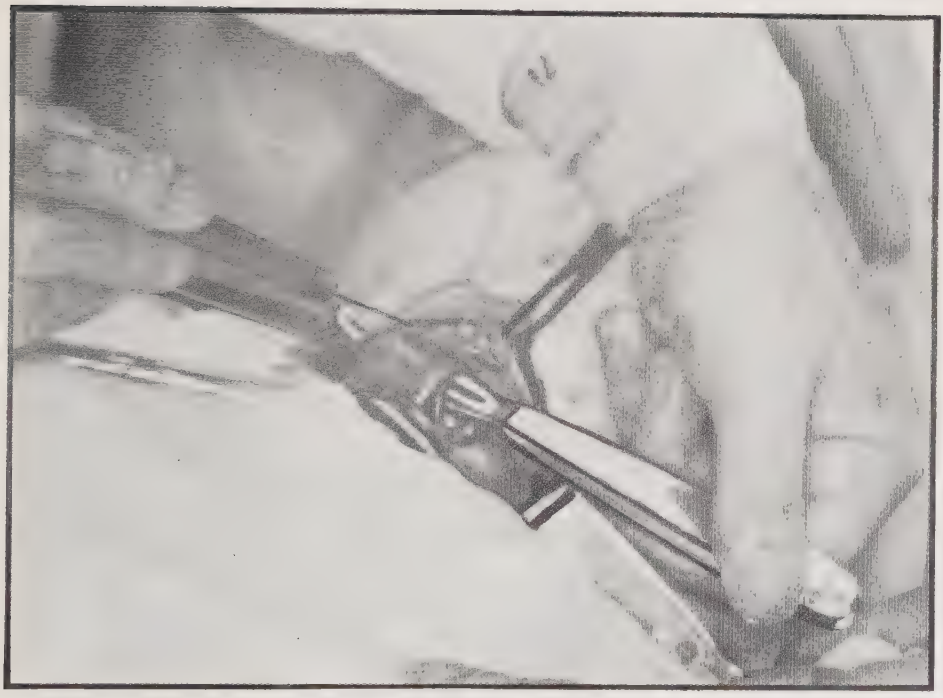

Fig. 2

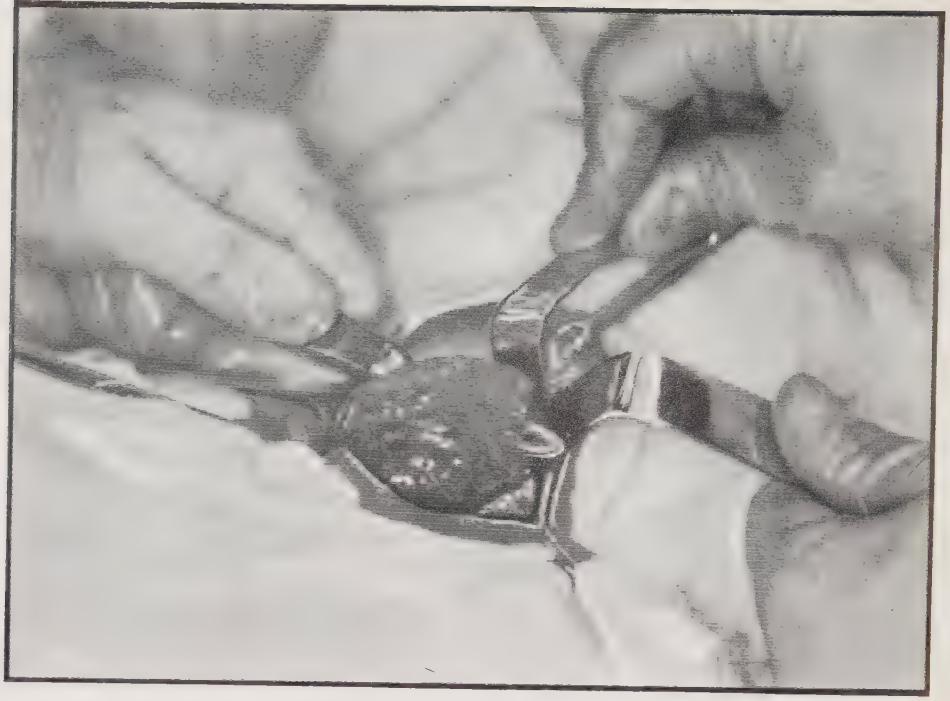

Fig. 3

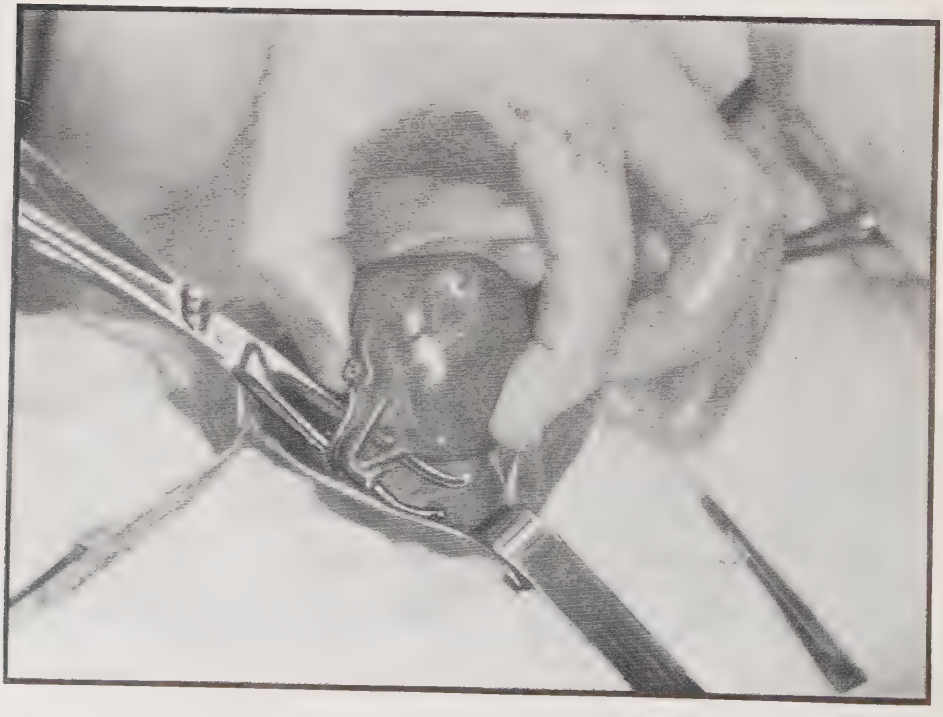

Fig. 4

1° Tout d'abord parce que l'on a une plus grande facilité de manœuvre;

2° Ensuite, l'isthme est ainsi toujours nettement exposé;

3° Et enfin, puisqu'on fait toujours l'opération bilatérale, il y a intérêt à se débarrasser tout de suite des plans superficiels.

*
* *

Après toutes ces manœuvres, qui ont pour but d'aborder et de mettre à jour la glande thyroïde, la thyroïdectomie proprement dite commence, et ceci par la libération des pôles glandulaires.

I. — *Libération du pôle supérieur de la thyroïde.*

Il est absolument nécessaire de toujours commencer par lui. En effet, quand il est libéré, l'opération est virtuellement terminée.

Il est une méthode que l'on trouve dans tous ou presque tous les traités de thérapeutique chirurgicale. Elle fut inaugurée par P. Duval et Merle d'Aubigné.

C'est la section primitive de l'isthme thyroïdien. Cette méthode n'a jamais été employée par M. le Professeur J. Villar, qui lui reproche de ne donner aucun jour. Avec elle, on tombe directement sur une région extrêmement dangereuse : celle du nerf récurrent. La section primitive de l'isthme ne peut avoir vraiment une indication et une certaine valeur que dans les résections thyroïdiennes en côtes de melon sans extériorisation du lobe.

C'est ce que l'on appelle la thyroïdectomie subtotale *in situ*. Cette intervention paraît véritablement incomplète, car, de plus, elle ne s'accompagne habituellement d'aucune ligature du pédicule thyroïdien supérieur.

C'est un ersatz de thyroïdectomie à abandonner complètement. Car, dans toute thyroïdectomie vraie, il faut lier en

totalité l'artère thyroïdienne supérieure qui est l'artère maîtresse.

Ligature de l'artère thyroïdienne supérieure.

On place sur la lèvre supérieure une pince de Kocher sur toute l'épaisseur de la couche musculaire sectionnée transversalement au temps opératoire précédent. Cette couche musculaire représente les muscles sous-hyoïdiens. Avec le doigt ou un tampon, on cherche le plan de clivage entre le lobe thyroïdien supérieur et cette couche musculaire.

En effet, tant qu'il reste une petite lamelle musculaire à la surface de la glande thyroïde, on ne peut pas mettre en évidence son pédicule, qui en est engainé : on est dans un faux plan de clivage.

Ce décollement digital a pour but de libérer le bord externe et postéro-externe de la glande. On rencontre souvent une veine thyroïdienne latérale qui va directement à la veine jugulaire interne. Il faut la lier très soigneusement quand on décolle le bord externe de la thyroïde pour aborder le pédicule supérieur.

Une fois donc que le lobe supérieur est à nu, on place deux écarteurs de Farabœuf : l'un médian et supérieur; l'autre, latéro-externe; ils décollent complètement la région et exposent le pédicule supérieur.

Neuf fois sur dix, ce pédicule se divise en deux couches : une couche superficielle et une couche profonde. Chacune de ces couches est axée par une branche de division de l'artère thyroïdienne supérieure.

La partie antérieure du lobe reçoit la branche de division antérieure; la partie profonde, la branche de division postérieure de l'artère thyroïdienne supérieure.

Donc la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure comprendra, presque toujours, la ligature de deux branches artérielles, et non d'une seule.

a) Ligature de la branche antérieure de l'artère thyroïdienne supérieure.

On la pratique grâce à la manœuvre de la sonde de Kocher.

Cette sonde de Kocher est un instrument indispensable lors d'une thyroïdectomie. Elle présente, en effet, une courbure très étudiée, un manche solide et une rainure très pratique.

Au moment où commence cette manœuvre, le bord postéro-externe de la thyroïde est libre, et son bord interne repose contre le cartilage thyroïde. On va alors engager la sonde de Kocher profondément derrière le bord postéro-externe et la face postérieure du lobe supérieur de la thyroïde. C'est la face antérieure du cartilage qui sert de plancher solide à la manœuvre et qui empêche tout dérapage dangereux.

En effet, si l'on a contact sur la face antérieure du cartilage thyroïde, on se trouve loin des vaisseaux carotidiens et jugulaire interne et l'on ne peut absolument pas blesser le nerf récurrent, qui est caché derrière ce cartilage.

Cette manœuvre peut paraître téméraire, mais, en réalité, elle ne fait courir aucun risque au patient si l'on respecte une règle absolue : celle de ne pas s'engager derrière le bord postérieur du cartilage thyroïde.

En continuant de longer la face antérieure du cartilage, la sonde ressort en dedans sur le bord interne de la glande thyroïde. On voit alors s'extérioriser d'une façon spectaculaire tout le lobe supérieur.

La sonde de Kocher embrasse avec la concavité de sa courbure la face postérieure du lobe supérieur de la thyroïde que l'on a pris en masse (fig. 3).

Le chirurgien passe une longue aiguille mousse sous le pédicule en se servant de la rainure de la sonde de Kocher comme d'un rail. Il place, tout d'abord, un premier fil pour lier la partie basse, ce fil devant servir de fil tracteur au cours des temps opératoires suivants.

Mais surtout il glisse deux autres catguts qui vont lier l'artère thyroïdienne supérieure assez haut, non pas sur les

lobes eux-mêmes, mais juste au-dessus de l'épanouissement du lobe. On conserve ainsi une portion de la corne supérieure du lobe.

On place une pince de Kocher sur la ligature basse, et l'on sectionne au bistouri électrique sur la sonde qui est restée en place. La section passe entre la pince de Kocher et catgut.

b) Ligature de la branche postérieure de l'artère thyroïdienne supérieure.

Dès que l'on a sectionné le gros pédicule antérieur, on pense qu'il ne reste plus rien. Cependant, neuf fois sur dix, on constate qu'il reste en profondeur quelque chose qui retient le lobe supérieur de la thyroïde. Ce quelque chose c'est la branche postérieure de l'artère thyroïdienne supérieure, axe d'un prolongement postéro-supérieur de la glande.

C'est par une deuxième manœuvre de la sonde de Kocher identique à la première, que l'on a la possibilité de libérer complètement le pôle supérieur de la thyroïde. Cependant, même à ce moment-là, l'extériorisation du lobe n'est pas entièrement possible. On s'aperçoit que le bord postérieur de ce lobe continue d'adhérer à la face postéro-latérale du cartilage thyroïde, et cela par l'intermédiaire de tractus fibreux et vasculaires qui représentent les ligaments de Grüber. Au fur et à mesure que le chirurgien les rencontre, des pinces sont placées au ras de la glande sur ces ligaments de Grüber. Puis ils sont sectionnés entre deux ligatures.

Ainsi, après chaque section, on fait un pas en avant vers la partie postéro-inférieure de la glande thyroïde. Au début, derrière elle, on rencontre la cartilage thyroïde, puis on le quitte et on arrive au niveau de l'espace inter-crico-thyroïdien latéral. Aussitôt que l'on atteint le bord supérieur du cartilage cricoïde, il est absolument obligatoire d'arrêter ces ligatures et les sections de tractus. En effet, c'est dans cette région et à ce niveau que le nerf récurrent perfore le muscle constructeur du pharynx pour passer dans le larynx. Continuer le décollement postérieur de la thyroïde serait s'exposer

immanquablement à une blessure ou même à une section du récurrent.

Donc, en règle absolue : le bord supérieur du cartilage cricoïde doit rester sacré; ne jamais passer au-delà de lui pour libérer le lobe thyroïdien. On conservera donc, dans cette région, une lamelle de glande. Ce petit moignon postérieur empêche un myxœdème postopératoire. Nous verrons dans un temps opératoire prochain comment on isole cette lamelle glandulaire.

Le lobe thyroïdien étant extériorisé d'une façon satisfaisante, on passe ensuite à la libération du pôle inférieur.

II. — *Libération du pôle inférieur de la thyroïde.*

Là aussi, comme pour le lobe supérieur, il est capital de rechercher soigneusement toute la tranche musculaire recouvrant le lobe et le plan de clivage entre elle et la glande pour bien libérer la face antérieure du lobe inférieur.

Ce lobe est quelquefois plus ou moins incarcéré dans la partie haute du médiastin rétro-sternal. Cependant, son extériorisation se fait avec facilité si l'on est exactement au contact de sa surface antérieure et si le plan de clivage se trouve être le bon.

Une pince d'Ombrédanne placée sur le lobe l'attire vers le haut. Pendant cette manœuvre, on sent bien la face antérieure des premiers anneaux de la trachée, mais on ne les voit pas. On en est séparé par tout un quadrillage veineux prétrachéal très important. Au contact de la face antérieure de la trachée, la sonde va libérer plus ou moins péniblement une plus ou moins grande quantité de ces pédicules veineux; on les lie entre deux catguts fins et on les sectionne (fig. 4).

Il ne faut jamais poser une seule pince sur ces veinules, car, étant fragiles, elles se déchirent très facilement.

On arrive ainsi à dénuder parfaitement la face antérieure de la trachée. Le nerf récurrent ne risque rien pendant ces manœuvres. Il se trouve sur la face latérale de la trachée dans

la gouttière trachéo-œsophagienne et il est protégé par la portion non décollée de la glande elle-même.

Ainsi la trachée apparaît blanche et avec elle le bord inférieur de l'isthme thyroïdien.

C'est de cet isthme que l'on va s'occuper, et le temps opératoire suivant représente une isthmectomie.

III. — *Isthmectomie.*

Pendant cette isthmectomie réintervient la sonde de Kocher, dont on s'est déjà servi lors de la libération du pôle supérieur.

On l'introduit de bas en haut, entre la trachée et la face postérieure de l'isthme thyroïdien. Avant de le sectionner, on place quatre pinces de Kocher sur les quatre angles de l'isthme : une sur chaque artère communicante transversale supérieure et inférieure, droite et gauche. Puis, au bistouri électrique, on pratique une section verticale sur la sonde qui protège la trachée et entre les quatre pinces qui assurent l'hémostase (fig. 5).

Du côté gauche, on abandonne l'isthme dont on s'occupera pendant la deuxième moitié de l'intervention, lorsqu'on pratiquera la lobectomie gauche.

Du côté droit, on libère prudemment la face postérieure de l'isthme, que l'on bascule en dehors. Il est fréquent de couper à ce moment une ou deux veinules inter-trachéo-glandulaires. Peu à peu, la face antérieure de la trachée se découvre. On arrête cette libération avant le bord latéral de la trachée, où se trouve la gouttière trachéo-œsophagienne et le nerf récurrent.

A ce moment, le lobe droit de la thyroïde est presque entièrement libéré; il ne tient plus que par sa zone d'adhérence à la région cricoïdienne où se trouvent les organes dangereux : nerf récurrent, parathyroïdes et artère thyroïdienne inférieure.

On va alors procéder à la section de la lamelle glandulaire, qu'on laisse en place, et par conséquent procéder à une lobectomie partielle.

IV. — *Isolement du lobe droit thyroïdien.*

Comme nous venons de le dire, le lobe thyroïdien tient encore par toute son adhérence trachéale, et, de plus, par les ligaments thyroïdiens et crico-thyroïdiens de Grüber.

Cependant, avant de procéder à sa résection, il va falloir libérer complètement l'angle dièdre postérieur de la glande qui s'insère entre la trachée et les vaisseaux carotidiens; cette portion glandulaire est rattachée à l'axe trachéal par les ligaments thyroïdiens latéraux.

Pour cela, on tire en haut le bout du pédicule supérieur sectionné, et une série de petites pinces fines est placée sur ce bord postéro-interne de la thyroïde, de haut en bas. La section se fera, alors, sur la capsule même, jusqu'à libération complète de ce bord en s'arrêtant précautionneusement au contact du bord supérieur du cartilage cricoïde. A ce niveau, en effet, le nerf récurrent droit, doublant la partie supérieure de ce cartilage, perfore le muscle constricteur du pharynx.

Jusque-là, donc, le nerf récurrent est à l'abri, protégé qu'il est par le muscle pharyngien; à partir du bord supérieur du cartilage cricoïde, il est exposé et, de ce fait, la région devient dangereuse.

A ce moment, le lobe thyroïdien droit est entièrement isolé, sauf sur toute la zone postéro-latérale de contact avec la trachée où il recouvre les glandes parathyroïdes et les branches terminales de l'artère thyroïdienne inférieure.

L'instant de la résection de ce lobe est venu.

V. — *Résection du lobe droit thyroïdien.*

Cette résection se fait au bistouri électrique en dedans d'une couronne de pinces de Kocher que l'on a placée circonférenciellement autour du lobe, en particulier sur les vaisseaux apparents de la capsule.

C'est le moment le plus difficile de toute la thyroïdectomie pour celui qui n'en a pas une très grande expérience.

Il est absolument indispensable, en effet, de ne pas pousser trop loin en dedans la résection lobaire, et cela pour deux raisons :

D'une part, on raserait la trachée sur son flanc droit et l'on rencontrerait une difficulté considérable dans l'hémostase des petites veinules laryngo-thyroïdiennes.

D'autre part, soit avec le bistouri électrique, soit au cours de l'hémostase d'un vaisseau latéral, on exposerait dangereusement le nerf récurrent sous-jacent.

De même, il est indispensable d'être parcimonieux au niveau de la région postérieure, car il faut laisser une lame suffisante de tissu thyroïdien postéro-externe pour protéger les rameaux terminaux de l'artère thyroïdienne inférieure et la glande parathyroïde.

Ordinairement, une large exposition du lobe permet de très bien voir cette glandule; de plus, elle permet de placer les pinces de Kocher en couronne cernant la partie du lobe à réséquer en avant de la parathyroïde.

Le bistouri électrique enlève donc toute la partie du lobe thyroïdien circonscrite par les pinces, en se gardant bien d'aller trop profondément, l'hémostase risquant d'être difficile et le nerf récurrent d'être en danger (fig. 6).

Lorsqu'on manque d'expérience, mieux vaut être économe dans cette résection que d'en faire trop. Il reste, en réalité, toujours loisible de parachever une résection insuffisante si l'on estime qu'on a abandonné là trop de tissu thyroïdien.

Quelques pinces de Kocher placées transversalement sur le parenchyme permettent au bistouri électrique d'enlever quelques copeaux supplémentaires.

Par ailleurs, à peine entaillé, il est très curieux de voir le lobe thyroïdien se cliver en quelque sorte en parenchyme sain qui reste et en parenchyme malade qui se sépare volontiers du reste de la glande.

On peut donc poser un principe général : rester en deçà de la résection nécessaire est un geste prudent et le plus souvent suffisant.

Deux questions se posent encore au sujet de cette résection glandulaire.

La première est celle de savoir quelle quantité effective de parenchyme thyroïdien il faut abandonner.

Ici aussi l'expérience joue.

Rappelons, cependant, que la résection doit être plus économique dans certains cas particuliers.

C'est ce qu'on doit faire lorsqu'il s'agit d'enfants, de goitres avec hypothyroïdie, de goitres ayant subi un traitement par les rayons X, de goitres ayant subi un traitement par l'iode radioactif.

Dans tous ces cas, on sera économe à l'extrême du parenchyme thyroïdien, car l'on ignore à la fois l'état de ce qu'on enlève et la valeur de ce qui reste.

La deuxième question est celle de l'hémostase de cette lamelle thyroïdienne abandonnée à elle-même.

En principe, l'artère thyroïdienne inférieure n'ayant pas été liée préventivement, l'hémostase de cette lamelle n'est pas assurée.

Logiquement, elle devrait saigner abondamment; en pratique, il n'en est pas ainsi. Il y a, en réalité, quelques ramuscules vasculaires, dont certains un peu plus importants que d'autres, qui vont saigner à la surface du lobule séparé par la diathermo-coagulation. Cette dernière ne suffit pas à les assécher complètement.

La manœuvre capitale, pour assurer l'hémostase de ces petits vaisseaux, est de glisser l'index gauche en arrière de la face postérieure du lobule, en faisant tendre les pinces de Kocher placées en couronne. Ce doigt offre un plancher solide au parenchyme thyroïdien et le sépare encore, peut-être, un peu mieux du nerf récurrent. C'est sur ce doigt postérieur que vont être placées les pinces de Kocher fines ou les pinces de Halstedt, placées tangentiellement à la surface du lobe pour faire l'hémostase des vaisseaux qui saignent.

Cette manœuvre suffit dans l'immense majorité des cas.

Elle est parfaitement sûre. Avec patience, le chirurgien peut et doit arriver à l'asséchement total du lobule abandonné.

VI. — *Ligature de l'artère thyroïdienne inférieure.*

Jusqu'à présent nous n'avons pas parlé de ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, et, en particulier, aucunement de sa ligature préventive.

Le professeur J. Villar estime qu'elle est inutile. En effet, son expérience de près de 400 thyroïdectomies lui a montré que l'hémostase du lobule glandulaire restant en place s'obtenait parfaitement et qu'aucune manœuvre à distance n'était réellement nécessaire.

Cependant, une seule fois sur tous ses cas de chirurgie thyroïdienne, le Professeur J. Villar n'a vraiment pas pu assécher le moignon thyroïdien. Il a été alors dans l'obligation de lier l'artère thyroïdienne inférieure.

Pour cela, on attire sans difficulté le petit moignon vers la ligne médiane, mettant ainsi en tension l'artère thyroïdienne inférieure. Cette tension permet de découvrir facilement l'artère sur le plan postérieur. Il ne reste plus qu'à la ligaturer loin de ses branches de terminaison et loin de la glande thyroïde.

Le nerf récurrent est ainsi parfaitement à l'abri.

Toutefois, il n'en est pas de même, peut-être, de la glande parathyroïde; cette ligature devrait l'ischémier certainement.

Mais le seul cas d'insuffisance parathyroïdienne postopératoire observé par le Professeur J. Villar n'est justement pas celui où il avait procédé à la ligature à distance de l'artère thyroïdienne inférieure droite. Ajoutons que cette manœuvre avait été inutile à gauche.

De toutes façons, prônée par beaucoup d'auteurs et non des moindres, la ligature préventive de l'artère thyroïdienne inférieure, avant toute action sur le goitre, semble donc au Professeur J. Villar presque toujours inutile.

De plus, cette ligature paraît un véritable exploit chirur-

gical très difficile et peut-être dangereux si le volume du goitre est important.

VII. — *Résection du lobe opposé.*

Presque toujours la thyroïdectomie a débuté par le lobe droit. C'est d'ailleurs lui habituellement le plus malade. Quoi qu'il en soit, c'est toujours lui qui se présente le plus facilement à l'opérateur, et sa résection va simplifier considérablement celle du côté opposé.

De même que dans toute intervention chirurgicale bilatérale le second côté va toujours plus vite que le premier; de même ici l'ablation du deuxième lobe de la thyroïde est extrêmement facilitée par celle du premier.

Ceci est encore plus marqué si l'on a commencé par le côté droit.

La résection du deuxième côté est donc, en général, facile et rapide; on suit exactement les mêmes principes que pour le premier côté.

On a la notion de profondeur, on sait s'il existe ou non un pédicule veineux thyroïdien latéral, l'isthme est déjà coupé et la trachée déjà dénudée. Toutes ces circonstances favorisent grandement la résection du lobe gauche de la glande thyroïde.

Il y a cependant un seul obstacle qu'il ne faut pas oublier.

Il se trouve lorsque, en ayant terminé avec le côté droit, partant de l'isthme sectionné, on veut libérer le pôle supérieur du lobe gauche.

Cet obstacle c'est la pyramide de Lalouette.

La pyramide de Lalouette naît à gauche de la ligne médiane du bord supérieur de la thyroïde; elle est oblique depuis cette ligne médiane de bas en haut et de droite à gauche.

Cette pyramide, en avant du cartilage cricoïde, nécessite une libération à la sonde de Kocher et une section isolée au bistouri électrique entre ligatures et pinces.

La pyramide de Lalouette est d'un volume très variable.

Quelquefois inexistante, d'autres fois elle est très importante et forme un deuxième pédicule plus interne et plus antérieur que le pédicule essentiel du lobe supérieur.

De toute façon, elle nécessite un temps opératoire spécial qu'il ne faut pas oublier si l'on veut libérer totalement le pôle thyroïdien supérieur gauche.

La résection de ce lobe n'offre rien de particulier.

Seule l'importance de cette résection pose un nouveau problème par rapport à celle effectuée du côté droit. Tout cela est variable suivant la quantité du parenchyme total sain que l'on veut laisser au malade.

VIII. — *Traitement du moignon thyroïdien.*

Si le moignon thyroïdien est assez étoffé, surtout si son hémostase n'a pas permis d'arrêter complètement un léger suintement capilaire, il y a intérêt, quand on le peut, à capitonner de quelques points le moignon. Ces points sont des points de catgut transversaux faits à l'aiguille fine en prenant la capsule sur les bords de la section.

Ainsi, on assure une véritable fermeture de cette petite tranchée thyroïdienne et une parfaite hémostase.

Bien entendu, lorsqu'on fait ces quelques points de sûreté, l'aiguille doit pénétrer assez pour ne pas déchirer, mais pas trop en profondeur. Il faut toujours penser au nerf récurrent et serrer avec beaucoup de précautions cette ligature.

Ce temps, non obligatoire, mais qu'on peut recommander, parachève la résection thyroïdienne et donne toute garantie quant aux risques secondaires d'hémorragie.

IX. — *Le drainage.*

La thyroïdectomie est terminée. Dans les champs opératoires, il reste deux moignons inférieurs capitonnés et deux pédicules supérieurs repérés par leurs fils de catgut au bout d'une pince de chaque côté.

A ce moment de l'intervention, l'hémostase profonde de la loge thyroïdienne doit être rigoureusement parfaite.

Malgré cela, le drainage est indispensable.

Lahay, chirurgien américain, dont la statistique comptait 15.000 thyroïdectomies, insistait sur ce *drainage* qui évacue le sang et les produits de sécrétion des sections thyroïdiennes. Cette évacuation empêche la formation d'hématomes et les accumulations locales de produits toxiques.

Le Professeur J. Villar est resté fidèle à l'hyperdrainage, c'est-à-dire par drain et mèche. Cet hyperdrainage ne lui a jamais causé une seule complication et n'a été, pour le malade, la cause d'aucun tort esthétique quant à la cicatrice. De plus, il a permis d'ignorer totalement toute intervention secondaire, pour hémostase ou drainage antitoxique post-opératoire.

On ne peut, en effet, comparer un drainage cervical ou un drainage péritonéal.

En résumé, nous sommes en présence d'une pratique qui ne présente que des avantages et aucun danger.

Elle peut donc être justement recommandée.

Pour être juste, cependant, un léger inconvénient a été observé dans de nombreux cas. C'est un suintement lymphatique ou séro-graisseux parfois prolongé, après l'ablation du drainage et durant environ une quinzaine de jours. Peut-être a-t-il retardé dans quelques cas la cicatrisation définitive, mais ce fut tout au moins sans aucun dommage d'ordre esthétique.

Le drainage des thyroïdectomies doit être installé d'une certaine manière, qui est strictement personnelle au Professeur J. Villar et qui évite tout dommage esthétique secondaire.

La plupart des auteurs drainent les deux loges thyroïdiennes, soit le plus souvent par une mèche de chaque côté, mais sortant au milieu de l'incision, soit par un drain en Y. Une branche est placée dans chaque loge et le drain sort toujours au milieu de l'incision.

Le Professeur J. Villar considère cette façon de drainer comme une faute lourde, du point de vue esthétique futur s'entend.

En effet, pour permettre la sortie du drain et des mèches, l'orifice de drainage prétrachéal ne suture pas immédiatement les muscles sous-hyoïdiens en avant de la trachée.

Cette imperfection dans la suture musculaire va rendre possible une adhérence secondaire entre la trachée et la peau. Il s'ensuivra une cicatrice cutanée adhérente en profondeur collée à la trachée avec laquelle elle remontera à chaque mouvement de déglutition.

Le dommage esthétique est très net. En effet, le regard est invinciblement attiré par une cicatrice qui suit ainsi les mouvements ascensionnels de l'axe laryngo-trachéal à chaque déglutition.

C'est pourquoi il faut recommander un drainage isolé latéral pour chaque loge thyroïdienne.

On place donc de chaque côté un petit drain de bas en haut jusqu'en arrière du moignon supérieur thyroïdien (fig. 7). Une petite mèche iodoformée d'oto-rhino-laryngologie, large de 2 centimètres, est modérément tassée dans la loge. Elle protège les deux moignons thyroïdiens inférieur et supérieur, elle recouvre le drain et bourre de chaque côté la gouttière carotidienne en profondeur vers l'orifice médiastinal.

Ce drain et cette mèche droite et gauche vont sortir latéralement de chaque côté au bord antérieur de chaque muscle sterno-cléido-mastoïdien.

X. — *Reconstitution de la sangle musculaire sous-hyoïdienne.*

A ce moment de l'intervention, les gants sont changés.

On repère en même temps que l'aponévrose cervicale superficielle les tranches musculaires supérieures et inférieures de tous les muscles sous-hyoïdiens sectionnés.

Une série de points de catgut chromés n° 1 est placée

transversalement sur cette tranche aponévrotico-musculaire. On évite soigneusement de piquer une des veines jugulaires antérieures précédemment liées et repérées par des fils catgut suffisamment longs.

Les fils de catgut chromés sont passés sans être serrés et repérés du côté gauche vers le côté droit, d'un bord sterno-cléido-mastoïdien à l'autre. Chaque fil est pris dans une pince et les ligatures sont ainsi préparées.

A ce moment, et à ce moment-là seulement, on supprime le billot placé sous la nuque au début de l'opération, lors du temps préparatoire.

Immédiatement, les plans deviennent souples et mous. Il devient alors très facile de serrer ces fils un par un de gauche à droite, en affrontant minutieusement l'aponévrose cervicale superficielle.

Le drain et la mèche de chaque côté sont rejetés entre cette suture médiane hermétique et parfaite prétrachéale et les bords antérieurs des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Ensuite, par quelques points au catgut, au-dessus du drain et de la mèche et de chaque côté, on reconstitue la fermeture du lambeau de l'aponévrose cervicale superficielle, taillée au début de l'intervention au niveau du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Ces points au catgut unissent à l'aponévrose cervicale superficielle le bord antérieur de ce même muscle.

XI. — *Suture cutanée.*

Trois points au crin fin et à l'aiguille fine rétablissent les trois points de repère cutané de l'incision : ligne médiane et lignes latérales.

On fixe les drains aux crins latéraux (fig. 8).

Des agrafes de Michel sont placées ensuite pour compléter la suture cutanée. Ces agrafes seront enlevées au cinquième jour : une agrafe sur deux, et, au septième jour, le reste des agrafes.

Drains et mèches seront enlevés de chaque côté le cinquième jour.

Grâce à l'écoulement spécial glaireux dû à la mèche iodoformée, celle-ci est en général enlevée facilement et sans douleur.

XII. — *Pansement.*

Une épaisse couche de compresses est fixée par quelques bandes de leucoplast; du coton recouvre les compresses.

Deux larges bandes Velpeau passent en oblique, de chaque côté, à cheval sur le creux sus-claviculaire et sous le creux axillaire opposé.

Ce pansement permet d'éviter de prendre la tête du malade et de lui imposer une striction circonférencielle du cou.

C'est le pansement type du goitre.

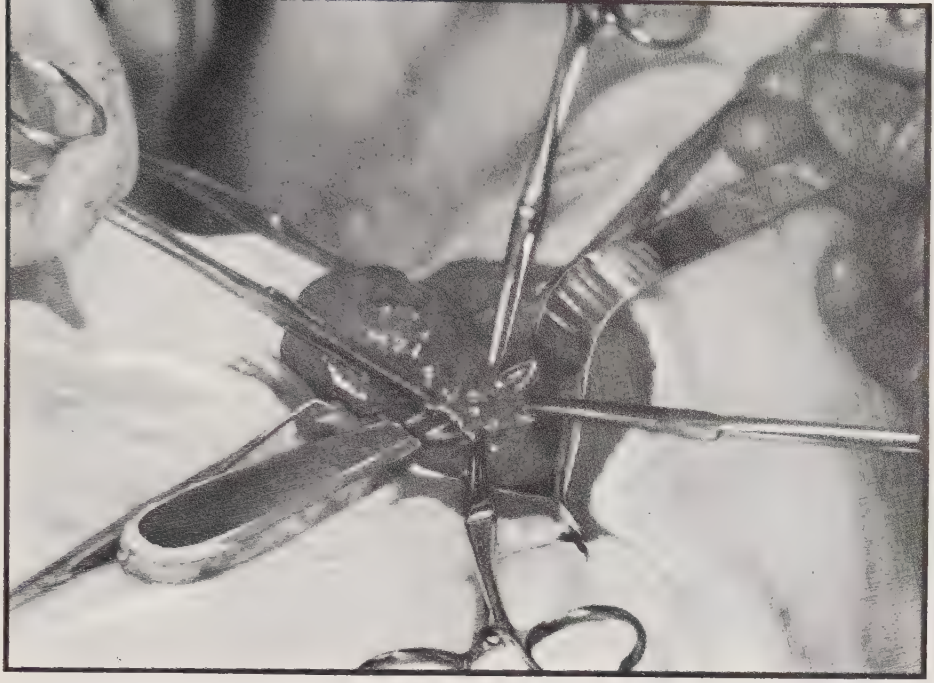

Fig. 5

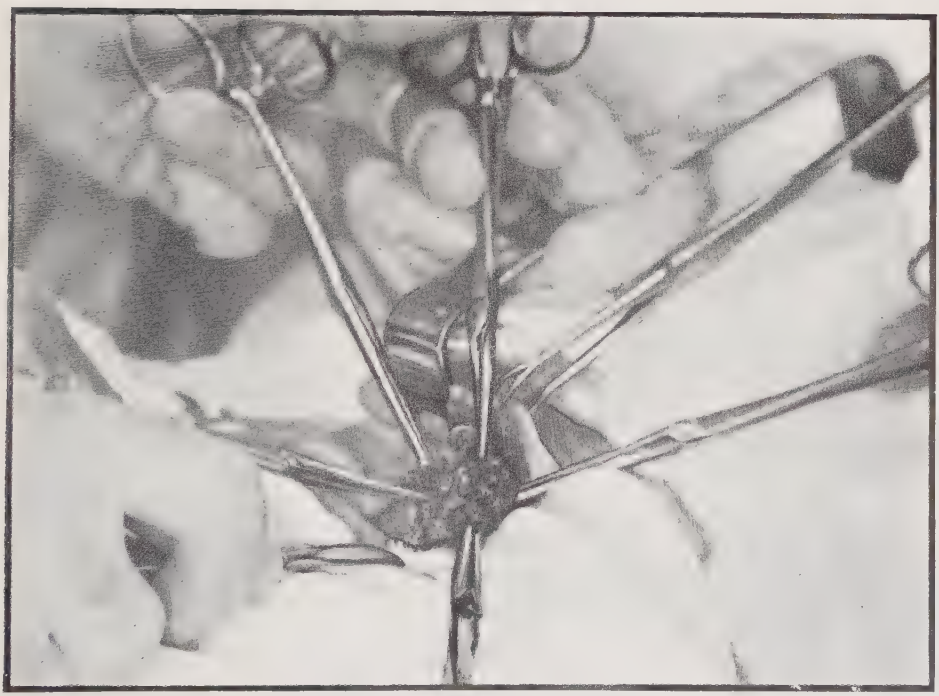

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

CONCLUSIONS

Conduite ainsi, la thyroïdectomie donne d'excellents résultats, aussi bien immédiats que lointains.

Pour cela, il n'est pas nécessaire de révolutionner la technique de l'intervention, mais seulement de connaître et d'appliquer certains points particuliers. Ces points de détail sont simples, ils donnent une grande aisance au chirurgien, qui peut travailler en toute sécurité.

En effet, le Professeur J. Villar n'a eu à déplorer qu'un seul décès au cours des 398 thyroïdectomies qu'il a pratiquées.

Dans un avenir plus éloigné, les résultats sont aussi satisfaisants.

Les récidives ou le myxœdème sont nuls, et très rarement on a pu constater quelques troubles légers d'hypothyroïdie postopératoire disparaissant rapidement avec un traitement approprié. De même, les paralysies récurrentielles sont nulles.

Enfin, grâce au repérage de l'incision et au double drainage, la cicatrice est aussi peu visible que possible, et l'on n'encourt aucun dommage esthétique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, pour le Doyen :

L'Assesseur,

R. SIGALAS.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

L. MASSÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 19 juillet 1955.

Le Recteur de l'Académie.

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Barraya. — La thyroïdectomie totale. Thèse Paris, 1936.

Bérard (L.) et Peycelon (P.). — Traitement chirurgical de la maladie de Basedow et des goitres toxiques. Masson et Cie, édit., Paris, 1936. 1 vol.

Bertelsen (A.) et Cristensen (E.). — La mortalité, les complications opératoires et les récidives du traitement chirurgical des thyrotoxicoses. *Acad. Chir. Scand.* 1947, 96, Suppl. 133, 9-80.

Bloch (J.-C.), Sainton et Zagdoun. — Quelques réflexions sur la technique de la thyroïdectomie. *Mém. Acad. Chir.*, 3 nov. 1937, t. 63, n° 28, 1132-1148.

Cattell. — Traitement chirurgical de l'hyperthyroïdie. *J. Chir. endocrin.*, oct. 1949, 9, n° 10, 999.

Maynadier. — L'étendue de l'exérèse dans la chirurgie du goitre. Technique de la thyroïdectomie. Thèse Paris, 1938.

Lable et Azerard. — Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *B. M. Soc. Nat. Chir.*, 1931, 136.

Leibovici et Gilbert-Dreyfus. — Les thyroïdectomisés. Doin, édit., Paris, 1946, 1 vol.

Quervain (De). — Le goitre. Payot, édit., Paris, 1923.

Scott et Ramey. — Thyroïdectomie totale dans le traitement du goitre toxique diffus. *J. Chir. endocrin.*, oct. 1949, 9, n° 10, 1648.

WELTI (H.) et CRUSSOL (J.). — Voies d'abord et chirurgie du corps thyroïde. Encycl. Méd.-Chir., glandes endocrines, t. I, 1954, 10.000 A 50.

WELTI (H.). — Les indications des différentes techniques de la thyroïdectomie. *Mém. Acad. Chir.*, 15 déc. 1937, n° 34, 1380-1398.

— Traitement chirurgical du cancer thyroïdien. Encycl. Méd.-Chir., glandes endocrines, t. I, 1954, 10.000 A 60.

Dépôt légal effectué en 1955 (3e trimestre).

24333. — Imprimeries DELMAS, Bordeaux (31.0192). — 1955.